



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**Aumentar a segurança cirúrgica: contributos da
Gestão**

Diana Colaço Ferreira



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**Aumentar a segurança cirúrgica: contributos da
Gestão**

Diana Colaço Ferreira



Orientador: Maria Filomena Mendes Gaspar



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“the very first requirement in a hospital

is that it should do the sick no harm”

Florence Nightingale (1863)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filomena Gaspar por todo o caminho ter sido “luz no fundo do túnel”, um sincero obrigada!

Às minhas filhas, que em amor tantas vezes me fizeram parar e brincar...

Aos meus pais e família, pelo amor e apoio incondicional.

Aos meus amigos, pela leveza, colo e motivação em tempos desafiantes... em especial à Andreia, à Vanuxa, à Vanessa, à Nanda, à Susana e à Inês.

RESUMO

A eficácia do bloco operatório como ambiente de prática de cuidados de saúde seguros tornou-se numa preocupação mundial em que é necessário utilizar uma estratégia multifacetada para aumentar a segurança nos cuidados, através da mudança na cultura do bloco operatório e melhoria da comunicação da equipa.

“Aumentar a Segurança Cirúrgica” é o 3º Objetivo Estratégico do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 e será avaliado através do estudo que surge ao abrigo do Protocolo da Direção Geral da Saúde (DGS) com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Como objetivo geral propõe-se “Avaliar o OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020.” através do instrumento de dados cedido pela DGS.

Verificou-se uma tendência crescente na participação das instituições, ao longo dos anos. No entanto há dados e informações que não temos acesso, seja pelo anonimato da base de dados ou por depender de informação da SPMS, que dificultam a análise global deste Objetivo Estratégico inclusive para poder confirmar se a ação foi bem sucedida na comparabilidade com a meta.

Melhorar a avaliação do OE3 implica uniformizar o processo e indicadores de avaliação, definindo os instrumentos de recolha de dados, de reporte e de auditorias para que permitam uma real comparabilidade de resultados entre as instituições e a sua avaliação temporal.

Palavras-chave: Pessoal de saúde, *Time Out* na Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Gestão da Segurança

ABSTRACT

The effectiveness of the operating room as an environment of safe health care practice has become a worldwide concern in which it is necessary to use a multifaceted strategy to increase safety in care, through the change in the culture of the operating room and improvement of the team's communication.

“Increase Surgical Safety” is the 3rd Strategic Objective of the National Plan for Patient Safety 2015-2020 and will be evaluated through the study that arises under the Protocol of the DGS with the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). As a general objective, it is proposed to “Evaluate the SO3 Increase surgical safety, within the scope of the PNSD 2015-2020.” through the data instrument provided by the DGS.

There has been a growing trend in the participation of institutions over the years. However, there are data and information that we do not have access to, either due to the anonymity of the database or because it depends on information from the SPMS, that make it difficult to perform a global analysis of this Strategic Objective, including in order to confirm whether the action was successful in terms of comparability with the goal.

Improving the assessment of SO3 implies standardizing the assessment process and indicators, defining data collection, reporting and auditing instruments so that they allow real comparability of results between institutions and their temporal assessment.

Keywords: Health Personnel, Time Out in Health Care, Patient Safety, Safety Management

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
DGS - Direção Geral da Saúde
ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OE3 – Objetivo Estratégico 3
PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SSC – Surgical Safety Checklist
SURPASS - Surgical Patient Safety System
ULS – Unidade Local de Saúde
WMA – World Medical Association

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 Qualidade em Saúde e Segurança do Doente	13
1.2 Segurança Cirúrgica	15
1.3 Gestão em Enfermagem	21
1.4 Problemática	23
2. TRABALHO EMPÍRICO	24
2.1 Metodologia	24
2.1.1 Pergunta de investigação e objetivos	24
2.1.2 Tipo de estudo	25
2.1.3 Instrumentos de colheita de dados	25
2.1.4 Tratamento dos dados	25
2.2 Questões éticas	26
2.3 Apresentação e análise descritiva dos resultados	27
2.4 Discussão dos resultados	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ANEXOS

I – PRIORIDADE II: REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

II – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS

III – DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de entidades respondentes por ARS 2015-2019	29
Gráfico 2	Número de entidades respondentes por tipo de entidade 2015-2019	30
Gráfico 3	Número de entidades respondentes por entidade Hospital/ACES 2015-2019	30
Gráfico 4	Q4: Qual a taxa de não conformidade da utilização da LSVC da instituição?	31
Gráfico 5	Evolução anual da taxa média de não conformidade na utilização da LSVC (2015-2019)	32
Gráfico 6	Q5: Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição?	33
Gráfico 7	Q6: “Quantas auditorias internas foram realizadas	34
Gráfico 8	Q6: Auditorias por tipo de entidade (audit_norma Recode para Q6_intervalo)	35
Gráfico 9	Q7: Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?	36

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES, FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Tabela 1	Número de entidades respondentes	28
Tabela 2	Caracterização das entidades respondentes	28
Tabela 3	Caracterização da Questão 6 “Quantas auditorias internas foram realizadas?”	33

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação tem como fio condutor o percurso desenvolvido na Unidade Curricular de Opção II onde se esboça o projeto de Mestrado em Enfermagem intitulado “Aumentar a Segurança Cirúrgica: Contributos da Gestão”, ao abrigo do Protocolo da Direção Geral da Saúde (DGS) com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Uma vez que o referido protocolo desenvolve-se através da realização do tratamento estatístico e da análise dos dados que foram atempadamente disponibilizados pela DGS, o local para o desenvolvimento do estudo será a ESEL.

“Aumentar a Segurança Cirúrgica” é, além do título da Dissertação, o 3º Objetivo Estratégico do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 que se afigura importante como temática central da segurança do doente em contexto hospitalar, influenciando a cultura de segurança e a existência de boas práticas de segurança nos cuidados de saúde a nível operatório. Pretende-se evitar os eventos adversos e incidentes cirúrgicos inadmissíveis como a *retenção de objetos estranhos no local cirúrgico*, o *local cirúrgico errado*, a *morte intraoperatória* e, ainda, o *procedimento errado* bem como o *paciente errado*.

Assim, boas práticas como a utilização de *checklists* de segurança cirúrgica, a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico e a comunicação mais eficaz da equipa de saúde, tornam-se, simultaneamente, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015) e da própria cultura de segurança.

A pergunta de investigação que norteou esta dissertação é “*Qual o nível de implementação do OE3 do PNSD 2015-2020 - OE3. Aumentar a segurança cirúrgica?*” da qual se identifica o objetivo geral do estudo:

- Avaliar o OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020.

Assim, iniciando pelo primeiro capítulo – Enquadramento teórico – surge a contextualização da problemática, com a descrição técnica relativa ao enquadramento teórico da área de estudo, interligando a Segurança do Doente com a Segurança Cirúrgica. Articulado a reflexão sobre a prática numa ótica de resolução de problemas, sustentada na evidência científica e leituras realizadas sobre o tema em estudo, fundamenta-se ainda com alguns autores relevantes sobre a temática da aquisição de competências em Gestão em Enfermagem e do grau de mestre.

No segundo e último capítulo – Trabalho Empírico – apresenta-se a elaboração do plano de trabalho empírico, a análise dos dados e a resposta à pergunta de investigação com enfoque nas questões éticas associadas a esta Dissertação de Natureza Científica.

Em jeito de sumário, surge o capítulo “Considerações Finais” focando sumariamente os principais contributos para o meu desenvolvimento profissional, no desbravar deste novo caminho, tão rico a nível pessoal e profissional, instigado pela frequência deste percurso de mestrado.

Finalmente, serão identificadas as referências bibliográficas das obras citadas e, por último, os apêndices considerados relevantes.

A Norma APA (6ª edição) foi o estilo de bibliografia escolhido na estrutura que o presente trabalho apresenta, bem como na referência bibliográfica.

Palavras-chave: Pessoal de saúde, *Time Out* na Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Gestão da Segurança

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pretende-se com este capítulo proceder à identificação dos conceitos principais sobre a Segurança do Doente, refletindo na Segurança Cirúrgica sobre a perspetiva da aquisição de competências em Gestão em Enfermagem.

1.1 Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional baseado em evidências” (2020). Através de um compromisso global, estimula a cultura de segurança e a qualidade em saúde através da implementação de políticas de saúde nacionais e estratégias nacionais de segurança, monitorização e avaliação dos cuidados de saúde, formação e partilha de conhecimentos para fomentar a resiliência nos sistemas de saúde. Mantendo-se a qualidade através de serviços de saúde eficazes, seguros e que prestem cuidados centrados na pessoa, efetivos e eficazes, integrado e equitativos.

A segurança do paciente é, por sua vez, definida como

"um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que consistente e sustentavelmente diminuem riscos, reduzem a ocorrência de dano evitável, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando ocorre (OMS, 2021)”

Para alcançar a segurança do doente, a OMS (2020; 2021) definiu várias ações globais ao longo dos anos que fomentam a diminuição de riscos e danos desnecessários nos cuidados de saúde para um mínimo possível, com foco constante na formação de profissionais e no evitar a ocorrência dos eventos adversos, facilitando a visualização de eventos adversos caso ocorram e a minimização dos seus efeitos com medidas eficazes.

Mais recentemente, em maio de 2021, a OMS lançou o novo Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que veio reforçar a necessidade de se destacar, na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir-se como princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito. O Plano subdivide-se em sete objetivos estratégicos que visam:

- Reduzir a zero os danos evitáveis aos doentes, como pilar do planeamento e prestação de cuidados de saúde em todo o lado;
- Construir sistemas de saúde de alta fiabilidade e organizações que protegem os doentes diariamente de riscos;

- Assegurar a segurança dos processos clínicos;
- Envolver e capacitar doentes e famílias para ajudar e apoiar os cuidados de saúde mais seguros;
- Garantir um fluxo constante de informação e conhecimento para impulsionar a redução do risco, a diminuição dos níveis de danos evitáveis e melhorias na segurança dos cuidados;
- Desenvolver e sustentar sinergias, parcerias e solidariedade para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados dos doentes.

A Estratégia 1.1 (WHO, 2021) pretende desenvolver, de modo abrangente e prioritário, uma política de segurança do doente estratégica, estruturada e institucional, com um plano de ação universal para o sistema de saúde dos países. A implementação de programas técnicos de segurança crítica, como segurança cirúrgica, segurança de medicamentos, segurança de hemocomponentes, segurança de radiação, segurança de imunização, segurança de dispositivos médicos, prevenção e controle de infecção e resistência antimicrobiana, são áreas-chave ao estabelecer um programa nacional de segurança do paciente.

Há, assim, uma clara importância na responsabilização de todos os atores na área de saúde, na necessidade de informação clara e objetiva aos doentes, bem como uma aposta na literacia em saúde para capacitar o doente para a sua autonomia e tomada de decisão, exigindo às instituições uma mudança de paradigma onde a pessoa é agente interventivo no seu processo de cuidados (Ramos, Sales & Barroso, 2021).

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, 2015) insere-se no âmbito dos planos globais da OMS tendo por prioridades estratégicas:

- Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Reforço da investigação clínica;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Para operacionalização da ENQS, dando resposta à prioridade “Reforço da segurança dos doentes”, surge o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) que visa reforçar os

mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde. Assim, no PNSD define-se segurança como um dado essencial para a confiança dos cidadãos nos sistemas de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). O PNSD veio para auxiliar os gestores do Sistema Nacional de Saúde a realizar a gestão de riscos, e implementar um ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes, que passa por identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, caracterizando as ações preventivas e as corretivas, para a melhoria dos cuidados de saúde.

O PNSD 2015-2020 impele as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde a organizarem atividades, inscritas nos seus planos de ação anuais, que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

1.2 Segurança Cirúrgica

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos são intervenções frequentes realizadas em contexto de cuidados de saúde, que coexistem com incidentes de segurança do doente, que podem levar à ocorrência de eventos adversos (complicações, lesões ou até à morte) e que impactam negativamente a saúde dos doentes, a segurança dos cuidados prestados e que têm implicações económicas e sociais para os sistemas de saúde (OMS, 2021; Matos, Sales, Baquero & Bilbao, 2021).

A incidência de eventos adversos é uma das preocupações, descritas na literatura, do enfermeiro gestor, uma vez que se relaciona diretamente com o aumento dos custos da prestação de cuidados de saúde, através do aumento da morbilidade e dos dias de internamento (Pierdevara, Ventura, Eiras & Gracias, 2017). No entanto, estes autores identificam como barreira a questão do reporte e da resistência em assumir o erro, uma vez que a não comunicação de eventos adversos pelos profissionais de saúde impacta com os dados existentes, sendo a principal razão a culpabilização associada ao erro.

O risco associado ao ambiente e cuidados operatórios é um fator presente e conhecido em cirurgia, que constitui um desafio para a saúde pública (Sousa, Uva,

Serranheira, Uva, & Nunes, 2018) e que desafia negativamente os sistemas de saúde pelas hospitalizações prolongadas, com aumento de morbidades, mortalidade e de encargos financeiros.

O ambiente hospitalar cirúrgico, com diversos profissionais e processos simultâneos, propicia a ocorrência de erros ou incidentes que se caracterizam por serem relativos a:

- Procedimento cirúrgico: cirurgia errada, doente errado, órgão/local errado, instrumentos/objetos esquecidos, infecção do local cirúrgico, trombose venosa;
- Gestão do processo cirúrgico: falhas de monitorização, tratamento incorreto, diagnóstico incorreto/atraso (Matos, Sales, Baquero & Bilbao, 2021).

Segundo Geraghty, Ferguson, McIlhenny & Bowie (2020) há também fatores humanos a ter em consideração relacionados com dinâmicas da equipa, treino e experiência, competências, stress e fadiga, comunicação verbal (com transmissão de informações escassas) e escrita (letras ilegíveis em vez do uso do computador).

A importância da cultura de segurança surge primeiramente com o relatório do Institute of Medicine "*To err is human*" em 2000, seguindo-se o Movimento de Segurança do Doente da OMS em 2008 que juntou gestores e profissionais de saúde num esforço conjunto pelo aumento da segurança cirúrgica (Weiser & Haynes, 2018). O trabalho realizado nesta *taskforce* sustentou-se em quatro pilares de segurança que pretendiam facilitar a sequência das tarefas no bloco operatório, independentemente dos recursos existentes:

- Prevenção de infeções;
- Segurança anestésica;
- Trabalho de equipa e comunicação;
- Avaliação de capacidades cirúrgicas e resultados.

Surge, assim, a *Checklist de Verificação Cirúrgica* da OMS que pretendia aumentar as atitudes de segurança, prevenindo os erros operatórios, as complicações cirúrgicas e diminuir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde. A disseminação a nível mundial pretendia, através da aplicação da lista, implementar procedimentos de segurança para evitar riscos, simplificar as intervenções da equipa e promover a comunicação (Weiser & Haynes, 2018). Sem custos associados, medindo o impacto dos procedimentos cirúrgicos e aumentando a sua segurança ao nível das três fases de verificação:

- Pré-operatória: assegurar o consentimento informado, a confirmação da identidade do doente, do local da cirurgia e do procedimento correto; verificar o estado e integridade dos equipamentos anestésicos, disponibilidade de medicamentos de emergência e materiais necessários para a cirurgia;
- Cirúrgica: assegurar o uso correto e criterioso de antibióticos, disponibilidade de exames auxiliares de diagnóstico e monitorização adequada do doente;

proporcionar um trabalho de equipa (anestesia, cirurgia e enfermagem) e comunicação eficiente, com decisões anestésicas e cirúrgicas competentes;

- Pós-operatória: assegurar um plano de cuidados claro, analisar os eventos intra-operatórios e uma monitorização de alta qualidade.
 - Após esta fase, o anestesista calcula o Índice de Apgar Cirúrgico sobre a condição e estado do doente, ocorrendo um *feedback* imediato à equipa de cuidados.

Deste modo, tornou-se mundial a preocupação com a eficácia do bloco operatório como ambiente de prática de cuidados de saúde seguros, em que é necessário utilizar uma estratégia multifacetada para aumentar a segurança nos cuidados, através da mudança na cultura do bloco operatório e melhoria da comunicação da equipa.

Em Portugal, são momentos decisivos a saída da norma da DGS “Cirurgia Segura Salva Vidas” (DGS, 2010) que implementa o uso global da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” ao nível de todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde, bem como o registo do *Apgar* Cirúrgico nos sistemas de informação do hospital, visando reforçar a adoção das orientações da OMS como o padrão mínimo de qualidade clínica.

Posteriormente, através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio, 2015) são garantidas as dimensões necessárias da Qualidade em Saúde, é definida a Segurança do Doente como prioridade, considerando-se fundamental avaliar a cultura de segurança dos hospitais para monitorizar e adequar os planos de melhoria à evolução avaliada (DGS, 2020). Da análise de um estudo piloto europeu validado e realizado em Portugal para avaliar a cultura de segurança evidenciam-se resultados semelhantes nos países em estudo (França, Estados Unidos da América, Espanha, Reino Unido, Suíça, Holanda, Irlanda, Bélgica e Suécia):

“avaliações realizadas em 2014, 2016 e 2018 demonstram que as seguintes dimensões (...) necessitam de intervenção nos hospitais: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, *feedback* e comunicação acerca do erro, perceções gerais sobre a Segurança do Doente e Transições” (DGS, 2020, p.3).

Destaca-se ainda o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015) onde a temática da segurança cirúrgica vem explanada no Objetivo Estratégico 3 (OE3) e se afigura como importante a monitorização e avaliação da sua implementação, através dos indicadores de processo e resultado definidos pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório o seu registo (da Lista e do *Apgar* Cirúrgico) nos

sistemas de informação existentes. Os hospitais têm, ainda, como obrigatoriedade veiculada no PNSD a do reporte semestral à DGS da

taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, da taxa de infeção do local cirúrgico, bem como das taxas de incidentes cirúrgicos com dano (relativas às cirurgias realizadas ao lado cirúrgico errado, ao procedimento ou ao doente errado, quando há retenção de objetos estranhos no local cirúrgico ou em caso de morte). (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015, p.3882-5).

Assim, a importância da Lista de Verificação evidencia-se, não só, como elemento agregador de vários profissionais mas também como um momento determinante para estes se centrarem na execução da sua prática profissional, de modo a minimizar a ocorrência de incidentes (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015). Os ganhos em saúde são reconhecidos e potenciados com a adoção de boas práticas, através da sistematização de *bundles* de cuidados, como na inserção e manutenção de cateteres centrais ou vesicais, ou na utilização de *checklists* cirúrgicas (Sousa, Uva, Serranheira, Uva, & Nunes, 2018).

A checklist apresenta alta viabilidade por ser um instrumento de baixo custo, fácil aplicação na assistência e mensurável (Matheus, Almeida, Oliveira, Neto, Fonseca, (...) & Oliveira, 2023), aumentando a segurança cirúrgica e reduzindo as complicações secundárias associadas aos procedimentos cirúrgicos, infeções no local cirúrgico e complicações anestésicas.

A Lista de Verificação Cirúrgica da OMS tem sido estudada ao longo da última década e Treadwell, Lucas & Tsou (2014) realizaram uma revisão sistemática de modo a sumarizar a experiência adquirida e a eficácia para o aumento da segurança do doente. Como pontos chave, identificam:

- A simplicidade do uso de *checklists*;
 - como a *The WHO Surgical Safety Checklist (SSC)*, a *The Joint Commission Universal Protocol* ou a *Surgical Patient Safety System (SURPASS)*, esta última com uma abordagem mais global, compreendendo os cuidados desde a admissão para a cirurgia, até à alta;
- O suporte das equipas de gestão;
- O aumento da comunicação e trabalho de equipa;
- A possibilidade de modificar as *checklists*, adaptando-as ao contexto ou aos sistemas de informação utilizados no hospital.

Por outro lado, Treadwell et al. (2014) identificam quatro categorias de barreiras reais:

- Confusão no uso correto do protocolo da *checklist*: a nível do momento apropriado para aplicar a Lista, ou em saber qual o elemento da equipa que seria o responsável por colocar as questões; elevados níveis de *turnover*, com integrações frequentes, dificultam o conhecimento da Lista; falta de formação;
- Desafios ao fluxo de trabalho eficiente: consumo de tempo extra cirurgia, sobretudo em procedimentos de urgência; duplicação de verificações realizadas rotineiramente;
- Acesso aos recursos: em países em desenvolvimento há falta de recursos disponíveis, como antibióticos disponíveis ou recursos materiais inexistentes como para a marcação cirúrgica ou baterias de equipamentos;
- Crenças e atitudes individuais: os resultados da implementação da *checklist* dependem muito da equipa estar recetiva, as hierarquias instituídas, da “estranheza” nas apresentações e a resistência à alteração da cultura, pela equipa de cirurgia.

Ainda de realçar que a evidência existente não reporta prejuízos diretos ao doente ou ao sistema de saúde, do uso das *checklists* (Tsou et al., 2014).

No entanto, a necessidade de treino e formação de recursos humanos surge reconhecida na literatura (Treadwell, Lucas & Tsou, 2014; Weiser & Haynes, 2018; Tostes & Galvão, 2019), apesar de todos os esforços a nível da Organização Mundial de Saúde e DGS em fornecerem manuais de implementação e instrumentos de orientação para a Cirurgia Segura. Uma maior *compliance* dos profissionais com a *checklist* aumenta positivamente a segurança cirúrgica (Bergs, Lambrechts, Simons, Vlayen, Marneffe, (...) & Vandijck, 2015) mas a cultura organizacional e as motivações para o seu uso são díspares entre as necessidades da gestão hospitalar com os processos de acreditação e melhoria contínua da qualidade versus o ambiente do bloco cirúrgico, o fluxo de trabalho e as interações da equipa de cuidados (Borchhardt, Rodrigues, Silva, Calvette, Rangel, & Siqueira, 2022).

Os resultados do estudo de Pinheiro & Uva (2015) na validação de um instrumento para analisar o clima de segurança das instituições de saúde, apontam para satisfatórias condições de trabalho e satisfação profissional de um modo geral, mas também evidenciam a importância do envolvimento do corpo de gestão na mudança da cultura de segurança do bloco operatório. É reconhecido na literatura a importância da comunicação e do trabalho de equipa multidisciplinar para uma aplicação correta, simples e eficaz da *checklist* cirúrgica a par do foco do enfermeiro gestor enquanto líder da implementação do projeto, sendo um facilitador da motivação da equipa, da carga de trabalho e das rotinas existentes (Bergs *et al*, 2015).

Weiser & Haynes (2018) demonstram também que cabe aos gestores, e a toda a equipa de cuidados, a garantia da utilização das *checklists* como parte efetiva de uma cultura de segurança e não meramente como um simples “exercício” de memorização ou de preenchimento de *caixinhas* de seleção. Jung et al (2020) acrescenta a importância desta responsabilização ou *accountability*, pela necessidade de transparência na gestão dos riscos e distrações no ambiente cirúrgico, bem como nos reportes e auditorias cirúrgicas.

Storesund et al. (2020) sugerem que a utilização combinada de *checklists* de verificação cirúrgica (como as já referidas SSC da OMS associada à SURPASS) contribuem para uma redução na taxa de complicações, reoperações e readmissões hospitalares por terem otimizado os cuidados e a comunicação nas suas transições. Drake, McBride, Bergin, Vandeweerd & Higgins (2017) inferem contributos positivos nas altas dos doentes, pela melhor preparação através de planos de terapêutica e uma melhor gestão de expectativas face à recuperação esperada no pós-operatório.

A importância da cultura de segurança nas instituições de saúde e, principalmente, no bloco operatório ou centro cirúrgico, relaciona-se com a diminuição dos eventos adversos, incidentes e mortes, melhorando os *outcomes* de saúde e qualidade em saúde (Azevedo, Silva, & Maia, 2021; Jangland, Nyberg, & Yngman-Uhlin, 2017; Silva & Gatti, 2020).

A mudança do paradigma da segurança do doente e a preocupação com o aumento da segurança cirúrgica no bloco operatório, como indica Matos, Sales, Baquero & Bilbao (2021) “deve ser vista como obrigatória e prioritária, requer mudanças de atitudes, comportamentos e de dinâmica de equipa em paralelo com uma mudança cultural estrutural da segurança dos sistemas em vigor” (p. 246).

Um dos desafios atuais para a gestão é a existência adequada de rácios de enfermeiros com formação e competência (que, segundo a evidência científica, diminuem a mortalidade dos doentes) bem como a existência de recursos disponíveis e adequados para melhorar a segurança do doente (Jangland, Nyberg, & Yngman-Uhlin, 2017). Habahbeh & Alkhalailah (2020) identificam a importância de programas de formação e cursos sobre a cultura de segurança, enfatizando o potencial de melhoria das atitudes da equipa de enfermagem na cultura de segurança do doente no ambiente cirúrgico.

Mota, Castilho & Martins (2021) enfatizam a necessidade de operacionalizar as auditorias internas, incentivando a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua da cultura de segurança sistematicamente, focando nas oportunidades de melhoria do ambiente cirúrgico.

A gestão e a prevenção do risco, de complicações e dano para o doente (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018) é o foco da atuação da equipa no ambiente cirúrgico, mas também alvo de preocupação e desafio para o enfermeiro gestor, que deverá implementar protocolos e *checklists* para assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Assim, identificam-se recomendações de boas práticas de enfermagem para a segurança do doente em ambiente cirúrgico:

(1) Envolvimento da equipe multiprofissional e dos gestores da instituição; (2) Estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente; (3) Utilização do checklist de cirurgia segura; (4) Melhoria da comunicação interpessoal; (5) Ampliação da atuação do enfermeiro; (6) Disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; (7) Busca individual por atualização profissional; e, (8) Desenvolvimento de ações de educação continuada. (Gutierrez, Santos, Peiter, Menegon, Sebold, & Erdmann, 2018, p. 2943)

O gestor em enfermagem lidera o desenho, suportando a equipa e o processo de implementação, de uma cultura de segurança cirúrgica, cultivando a colaboração multidisciplinar, a prática baseada em evidências, com enfoque numa cultura de formação contínua (Azevedo, Silva, & Maia, 2021; Habahbeh & Alkhalaileh, 2020), promovendo o reconhecimento do erro como falha do sistema e o cuidado centrado na pessoa, por forma a motivar os profissionais e a evitar o *turnover* da equipa de enfermagem, para assegurar a qualidade de cuidados e a segurança (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Jangland, Nyberg, & Yngman-Uhlin, 2017).

1.3 Gestão em Enfermagem

Ao perspetivar o desenvolvimento de competências de enfermeiro gestor começo por refletir nos Contributos da Gestão e da Gestão em Enfermagem como Quadro de Referência da Gestão para o aumento da Segurança Cirúrgica.

Nas suas *Notas* (1863) e registos simples, Florence Nightingale foi a primeira gestora, a nível da enfermagem, a interessar-se pelo estudo do ambiente, e a introduzir conceitos simples de segurança do doente, como a limpeza, o ar puro ou a lavagem das mãos com água potável e, posterior avaliação de intervenções realizadas através de “auditorias” dos seus registos.

O caminho da qualidade dos cuidados na Saúde é sustentado sobretudo através do modelo desenvolvido por Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), *Quality Health Outcomes Model*, baseado em Donabedian (1966), que estabelece uma correlação entre a estrutura organizacional e os resultados obtidos nos doentes, afigurando-se como um modelo de e para os resultados da qualidade em saúde. Identifica-se a avaliação da qualidade dos cuidados através do modelo linear (constituído pela estrutura, processo e *outcomes*) onde os efeitos e resultados que se espera atingir são mediados pelos clientes, através das suas características pessoais, de intervenções e de processos estruturais. Este é um processo

dinâmico em que o *outcome* esperado, neste caso, seria o de aumentar a segurança cirúrgica surgindo o enfermeiro gestor como garante da qualidade em saúde.

A *taxonomy of nursing care organization models* de Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012) define três parâmetros que se influenciam mutuamente nos modelos de organização dos cuidados de enfermagem:

- Pessoal de enfermagem – elemento-chave, influenciando a eficácia, é necessário identificar a necessidade de dotações seguras e determinar as competências necessárias dos recursos humanos;
- O âmbito da prática – elemento essencial que identifica se os cuidados de enfermagem estão a corresponder às necessidades dos utentes; reflete também as capacidades e conhecimentos dos enfermeiros;
- O ambiente de trabalho – relaciona-se com a inovação e a promoção de ambientes favoráveis.

A complexidade dos contextos de enfermagem, como o bloco operatório, exige que se estude cada vez mais não só todo o ambiente como a organização dos cuidados de enfermagem, de modo a produzir *outcomes* positivos para os utentes, compreender os fatores que os influenciam (Dubois *et al*, 2012) e influenciar positivamente os ambientes da prática de Enfermagem através da inovação e melhoria da qualidade dos cuidados (Dubois, D'Amour, Tchouaket, Clarke, Rivard & Balis, 2013). Assim, Dubois *et al.* (2013) associam os melhores *outcomes* para os utentes através da relação entre a habilitação profissional (melhor e mais inovadora) com ambientes da prática de enfermagem mais positivos.

Importa destacar que a Ordem dos Enfermeiros, através do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, assegura que este é quem

(...) garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros; (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015, p.5949).

A utilização destas competências, que são vastas e de diferentes domínios, exigem do enfermeiro, no seu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, uma apurada responsabilidade profissional, ética e legal, respeitando os direitos humanos; a melhoria contínua da qualidade, não só a nível institucional mas da prática de cuidados; a gestão dos cuidados, em equipa multidisciplinar e tendo em conta a teoria sobre a liderança e gestão de

conflitos; e o domínio das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua práxis especializada em padrões de conhecimento sólidos.

A ênfase da experiência profissional enquanto um caminho de aquisição de competências é um continuum *de iniciado a perito* (Benner, 2001), também, abordado no Modelo de Liderança Clínica em Enfermagem que define cinco níveis de competência clínica, numa perspetiva dinâmica do desenvolvimento profissional:

1. “estou consciente da liderança clínica em enfermagem”;
2. “Integro liderança clínica nas minhas ações”;
3. “Eu tenho liderança ativa com o cliente / família e, às vezes, com colegas”;
4. “Eu tenho liderança ativa com a equipe”;
5. “Eu tenho liderança clínica incorporada que é estendida ao nível organizacional e além”. (Pepin, Dubois, Girard, Tardif & Ha, 2010, p. 270).

O desenvolvimento profissional é, assim, percecionado como uma oportunidade para melhorar e avaliar o seu potencial de aprendizagem contínua, influenciada pelo contexto e pelas experiências anteriores, em que o profissional se implica no processo, na sua formação, responsabilizando-se pelo desenvolvimento gradual das competências de liderança em si, com os outros e gradualmente assumindo um papel mais interventivo e de enriquecimento do seu percurso profissional.

O enfermeiro gestor no exercício da sua atividade profissional tem uma função muito ampla, importante e de grande responsabilidade uma vez que, para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, é ainda o responsável pelas funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, sendo o facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança numa intrínseca visão de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, 2015; Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, 2018; Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, 2019).

1.4 Problemática

O protocolo de colaboração realizado entre a DGS e a ESEL que originou o presente estudo visa avaliar o PNSD 2015-2020. Particularizando-se no OE nº 3 – Aumentar a segurança cirúrgica – a pergunta de investigação que norteou este estudo, cujo trabalho empírico será explanado no próximo capítulo, é: “Qual o nível de implementação do OE3 do PNSD 2015-2020 - OE3. Aumentar a segurança cirúrgica?”

2. TRABALHO EMPÍRICO

2.1 Metodologia

“Aumentar a Segurança Cirúrgica” é, tal como referido anteriormente, a temática central da dissertação de natureza científica que me propus a realizar e, simultaneamente, o Objetivo Estratégico 3 do PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015) que apresenta como metas para o ano de 2020:

- Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior.
- Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Figura 1. Ações a desenvolver para a aquisição das metas do OE3

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios. Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	X						Serviços Partilhados do Ministério da Saúde Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

Fonte: PNSD 2015-20 (Diário da República, 2ª série, nº 28, 10 de fevereiro de 2015)

2.1.1 Pergunta de investigação e objetivos

A pergunta de investigação que norteou a dissertação é: “Qual o nível de implementação do OE3 do PNSD 2015-2020 - OE3 Aumentar a segurança cirúrgica?”

Seguidamente, identificam-se os objetivos do estudo:

- Objetivo Geral: Avaliar o OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020.
- Objetivos específicos:
 - Analisar o nível de implementação do OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020;
 - Comparar as metas relativas ao OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, nas instituições em estudo;

- Contribuir para o PNSD dos anos seguintes.

2.1.2 Tipo de estudo

Segundo Gray *et al.* (2020, p. 74) identifica-se um processo de estudo formal, objetivo e de implementação sistemática de modo a obter dados numéricos, que visam dar resposta à pergunta de investigação, tratando-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo (Almeida, 2017; Gray *et al.*, 2020; Polit & Beck, 2020).

O estudo é quantitativo por ter como objetivo mensurar e colocar em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, analisando estatisticamente os dados quantitativos da investigação sendo, ainda, descritivo por avaliar a frequência ou a prevalência de uma variável utilizando métodos e processos de avaliação sistemáticos (Gray *et al.*, 2020).

É, também, observacional pois não há intervenção direta do investigador, mas sim uma descrição sobre os acontecimentos ocorridos, identificando as relações estabelecidas com as diferentes variáveis e o efeito destas nos dados em estudo (Almeida, 2017) e é considerado retrospectivo uma vez que analisa dados passados, já ocorridos no tempo (Gray *et al.*, 2020) a partir da base de dados da DGS que nos foi cedida para análise.

2.1.3 Instrumentos de colheita de dados

Os dados primários foram recolhidos através de questionário enviado às entidades respondentes, sendo aplicado aos elementos das Comissões de Qualidade e Segurança dos hospitais e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do SNS.

O questionário foi fornecido pela DGS, ao abrigo do já referido protocolo DGS-ESEL, onde foram inseridas, em variáveis contínuas, as respostas relativas às perguntas sobre o OE3:

- Q4: Qual a taxa de não conformidade da utilização da LSVC da instituição?
- Q5: Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição?
- Q6: Quantas auditorias internas foram realizadas?

2.1.4 Tratamento dos dados

Construção da base de dados e posterior análise estatística através de um programa informático de estatística para ciências sociais (Mâroco, 2018), no caso, o *IBM SPSS*

Statistics V.25 para Windows e a representação gráfica dos dados utilizando o programa Excel do Office.

2.2 Questões éticas

Ao perspetivar o desenvolvimento deste projeto afigurou-se importante identificar os princípios norteadores da investigação, uma vez que “a realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões éticas e morais” (Vilelas, 2017, p.423), sobretudo pela atualização de uma prática baseada em evidência que atua no campo da ação relacional da Enfermagem.

Do juramento de Nightingale à Declaração Universal dos Direitos Humanos, o direito à privacidade da pessoa é bem reconhecido, tal como o *dever de sigilo* pelo profissional, estando patente no Artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) de modo a preservar a dignidade humana.

A Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006) corrobora a importância dos direitos e interesses do participante, prevalecendo acima do interesse da ciência, realçando que a investigação clínica tem de salvaguardar os direitos dos participantes ao longo de todo o processo de investigação.

A Declaração de Helsínquia, adotada pela World Medical Association (WMA), é um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica com seres humanos, que pretende salvaguardar o respeito, de modo a proteger a saúde e os seus direitos como “a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes” (WMA, 2013). A declaração prevê a responsabilização do investigador do estudo, na realização de um protocolo de investigação bem descrito, explorando os riscos e os benefícios para os participantes, só podendo efetivar o estudo caso comprove benefícios maiores para o alvo em estudo. Obriga, ainda, a um cuidadoso planeamento do projeto, análise dos dados e posterior disseminação dos resultados, com base nos princípios da Declaração de Helsínquia, para a publicação dos resultados.

A profissão de enfermagem é, assim, fortemente baseada em princípios éticos que norteiam a prática dos cuidados e todas as tomadas de decisão inerentes (Gray, Grove & Sutherland, 2020), tais como:

- Princípio da Beneficência;
- Princípio do respeito pela dignidade humana;
- Princípio da justiça;
- Direito ao anonimato e confidencialidade.

(Gray *et al.*, 2020; Polit & Beck, 2020).

O princípio da beneficência promove a maximização dos benefícios para com os doentes, de forma a minimizar os prejuízos, praticando ações que fazem o bem (Deodato, 2014; Gray *et al.*, 2020; Polit & Beck, 2020). O respeito pela dignidade humana implica respeitar a sua dignidade, a sua existência, os seus direitos fundamentais, preferências e necessidades. O princípio da justiça implica atuar com equidade e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro, sendo que balança entre dois sentidos: o da conformidade com o Direito (legalidade) e o sentido da igualdade (equidade). Assim, segundo Deodato (2014) a justiça é igualmente dos direitos, quer sejam juridicamente estabelecidos ou moralmente exigidos.

A investigação pauta-se por normas éticas de proteção do ser humano, sobretudo se este se encontrar em situação de vulnerabilidade. O enfermeiro, investigador, ao respeitar os princípios éticos auxilia a sua própria tomada de decisão, em todo o percurso da investigação, sustentando eticamente o seu saber (Marques-Vieira, Sousa, Severino, Rasquilho-Vidal & Deodato, 2021).

O *direito ao anonimato e confidencialidade* é também assegurado através do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia que considera o tratamento dos dados pessoais ter sido concebido para servir as pessoas, que poderão consentir em colaborar com uma investigação científica na sua totalidade ou apenas numa parte de um estudo. O investigador é o responsável pela destruição dos dados identificáveis no final do estudo, bem como pela recolha e tratamento dos dados pessoais, comprometendo-se a utilizar recursos como a pseudominização para assegurar o direito de anonimato durante a investigação.

Importa, ainda, identificar os pedidos que foram efetuados referentes ao protocolo DGS-ESEL, nomeadamente o Formulário de Pedido de Dados DQS Protocolo DGS-ESEL e o preenchimento da Declaração de Sigilo e Confidencialidade.

Salvaguarda-se que este projeto não teve financiamento ou patrocinadores, e os autores declaram não ter conflitos de interesse.

2.3 Apresentação e análise descritiva dos resultados

A caracterização da amostra inicia-se com a identificação da tipologia das entidades existentes por Administração Regional de Saúde (ARS) na tabela 1 e, simultaneamente, identifica o total esperado de respostas, uma vez que a amostra total será de 95 entidades respondentes. Relativamente ao número de Comissões de Qualidade segundo as entidades agregadas, os números situam-se em 49 para os hospitais e 46 para os Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Analisando o número total de instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) por ARS, há uma clara prevalência de instituições da região Norte (37), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (LVT) com 31 instituições, Centro com 18, Alentejo com 5 e, por último, o Algarve com apenas 4 entidades.

Tabela 1. Caracterização das instituições do SNS

Instituições SNS				
ARS	C. Hospitalar	Hospital	ULS	ACES
Norte	8	5	3	21
Centro	5	5	2	6
LVT	8	8	0	15
Alentejo	0	1	3	1
Algarve	1	0	0	3

A caracterização global da amostra remete-nos para um número muito semelhante de entidades respondentes ao longo dos 5 anos em estudo, na tabela 2. Através do número total de entidades respondentes verifica-se ainda que o ano com mais respostas foi o de 2018 e o de 2015 no polo oposto.

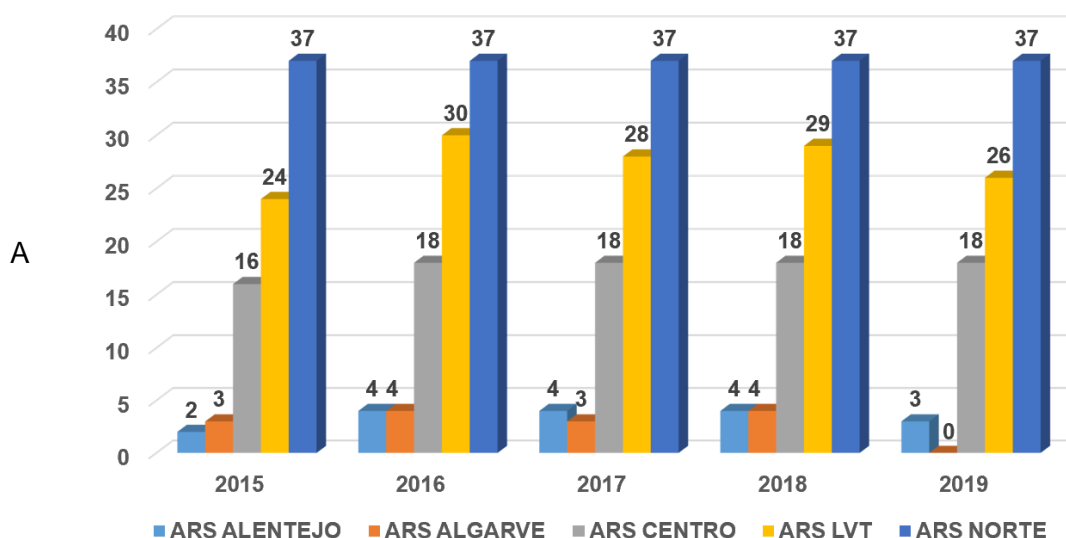
Tabela 2. Número de entidades respondentes

	Nº Instituições respondentes				
	2015	2016	2017	2018	2019
Total de Entidades Respondentes	82	93	90	92	84
Total Esperado	95	95	95	95	95

O gráfico 1 identifica as entidades respondentes por ARS, sendo que, tal como na caracterização das entidades existentes, o maior número de entidades (37) refere-se à ARS Norte, seguindo-se a ARSLVT. A ARS Centro apresenta um número estável de 18 entidades ao longo dos últimos 4 anos.

O menor número de entidades refere-se à ARS Alentejo e Algarve, sendo que esta última não reporta dados em 2019. Estes valores são consistentes com distribuição de instituições no país.

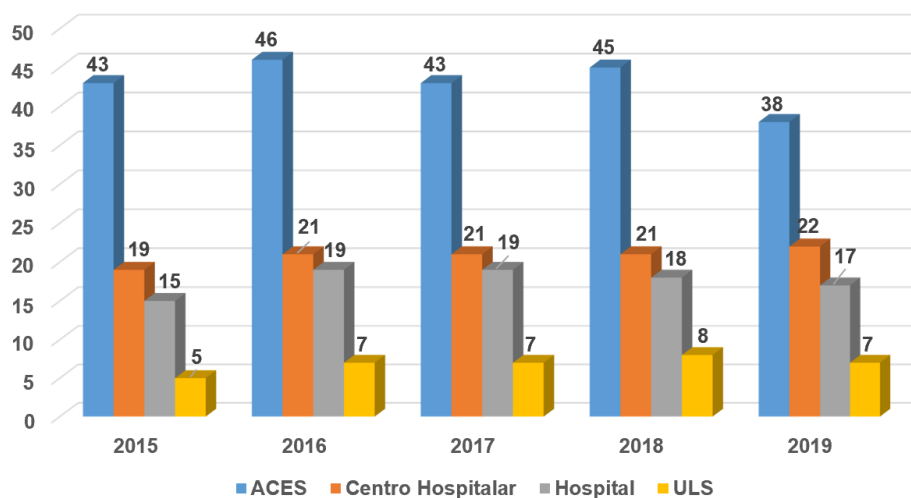
Gráfico 1. Número de entidades respondentes por ARS 2015-2019



A caracterização das entidades respondentes por tipo de entidade, no gráfico seguinte, evidencia algumas disparidades no total de respostas e uma diminuição do número destas, especialmente no ano de 2019. Verificando por tipologia, constata-se que:

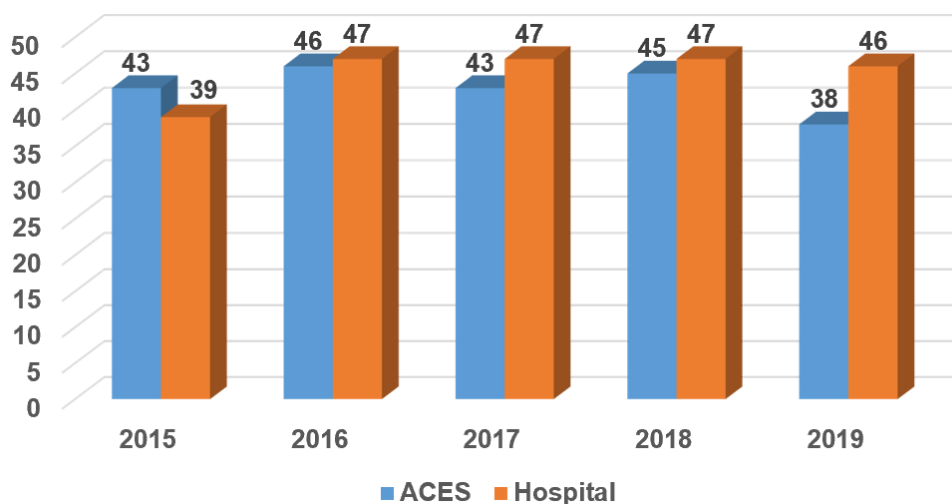
- Nos ACES as respostas variam entre 38 a 46 (sendo este último valor a totalidade de entidades);
- Na tipologia Centro Hospitalar, houve um crescendo ao longo dos anos, atingindo a totalidade de entidades em 2019;
- Na tipologia Hospital houve o máximo de respondentes apenas em 2016 e 2017;
- Por último, na tipologia Unidade Local de Saúde (ULS), o número de entidades respondentes varia entre 5 e 8 (sendo 8 a totalidade).

Gráfico 2. Número de entidades respondentes por tipo de entidade 2015-2019



O número de entidades respondentes categorizadas por entidade Hospital ou ACES varia, nos cinco anos analisados, entre 38 e 47. Apenas no ano de 2015 foi registada uma maior participação dos ACES em relação aos Hospitais, como identificado no gráfico seguinte, intitulado gráfico 3.

Gráfico 3. Número de entidades respondentes por entidade Hospital/ACES 2015-2019



Particularizando nos dados referentes ao OE3, que avalia a segurança cirúrgica, a primeira questão enuncia-se “Qual a taxa de não conformidade da utilização da LSVIC da instituição?”. A taxa de não conformidade identifica-se pelo número de não conformidades registadas em sede de auditoria, ou seja, o número de respostas do tipo “não” dos critérios

de auditoria interna e o número total de respostas (excluídas as respostas "NA", não aplicáveis).

O gráfico seguinte traduz os dados respondidos pelas entidades em que se verifica um aumento gradual no reporte de não conformidades, ao longo dos anos, sobretudo na tipologia de centro hospitalar ou hospital, sendo o reporte mais baixo e estável na tipologia ULS.

Gráfico 4. Q4: Qual a taxa de não conformidade da utilização da LSVC da instituição?

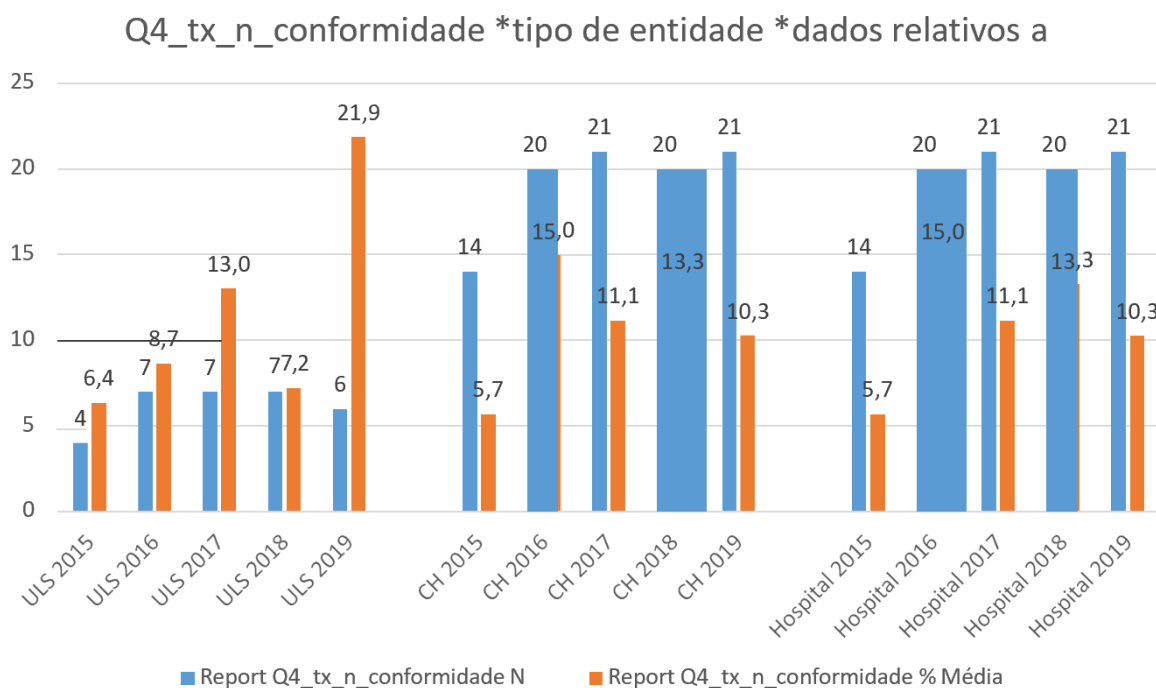
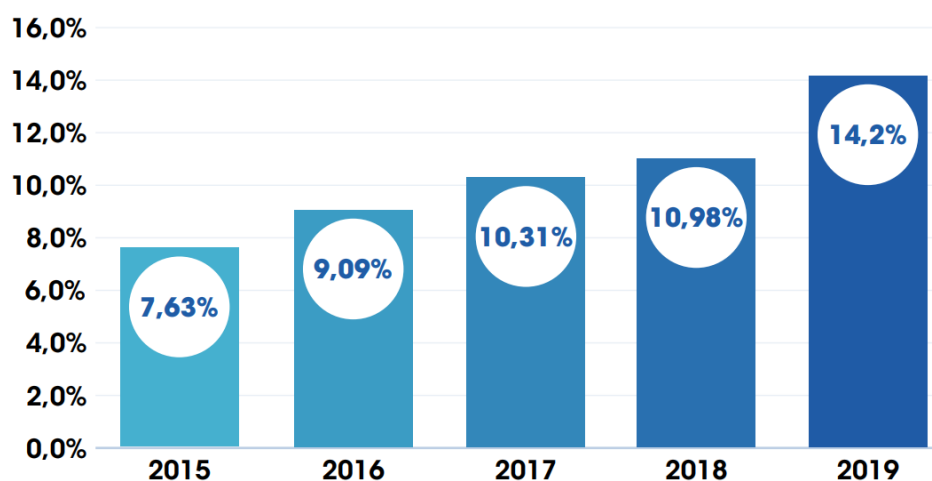


Gráfico 5. Evolução anual da taxa média de não conformidade na utilização da LSVC (2015-2019)

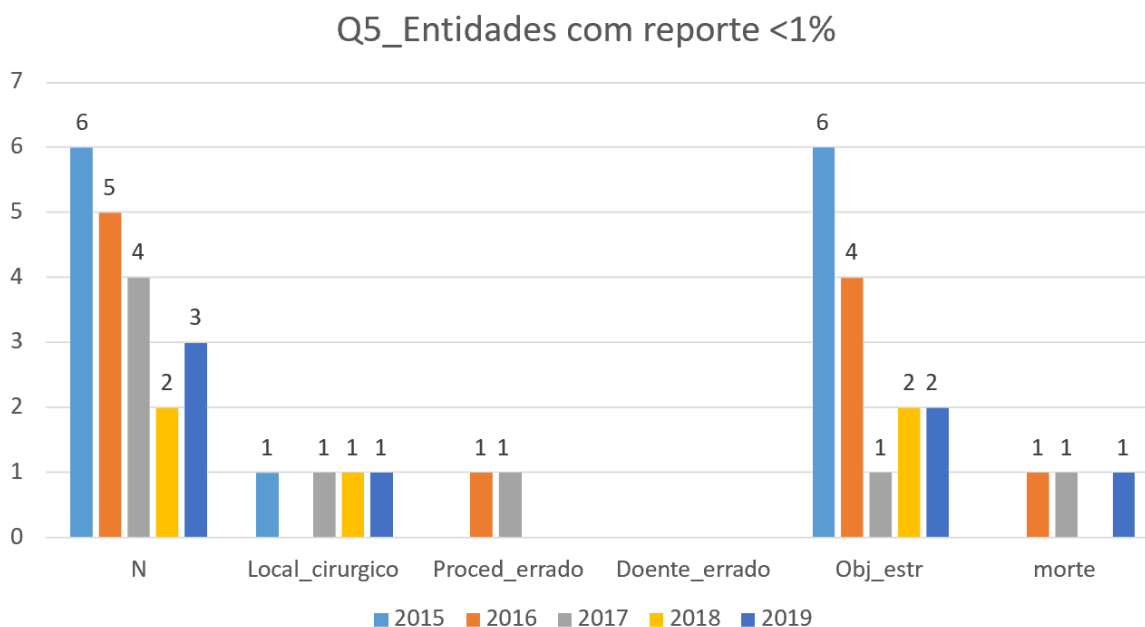


Fonte: PNSD 2021-2026 (Direção Geral da Saúde, 2022).

A questão 5 do OE3 avalia a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis e, analisando o gráfico seguinte, verifica-se ao nível dos anos, que houve uma diminuição gradual do reporte deste tipo de incidentes nas entidades respondentes. Fazendo sentido particularizar algumas situações, identifica-se:

- Em 2015, 6 entidades reportaram taxas <0,1% de *retenção de objetos estranhos*, tendo 1 entidade identificado em simultâneo com *local cirúrgico errado* com a mesma taxa;
- Em 2016, diminuíram para 5 as instituições com reportes: 1 com 0,4% de *retenção de objetos estranhos* e as restantes com taxas <0,004% nas categorias de *retenção de objetos estranhos*, *procedimento errado* e ainda *morte intraoperatória*;
- Em 2017 reduz-se o número de instituições para 4 com taxas <0,11% nas categorias de *local cirúrgico errado*, *retenção de objetos estranhos*, *procedimento errado* e também *morte intraoperatória*;
- 2018 melhora com o reporte de apenas duas instituições com taxas <0,007% nas categorias de *local cirúrgico errado* e de *retenção de objetos estranhos no local cirúrgico*;
- Em 2019, aumenta uma instituição face ao ano anterior, com reportes taxas <0,1% nas categorias de *local cirúrgico errado*, *retenção de objetos estranhos* e, ainda, *morte intraoperatória*.

Gráfico 6. Q5: Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição?



Tendo em consideração a ação “Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior” é notória uma tendência crescente na participação das instituições (como demonstra a tabela 3) ao longo dos anos.

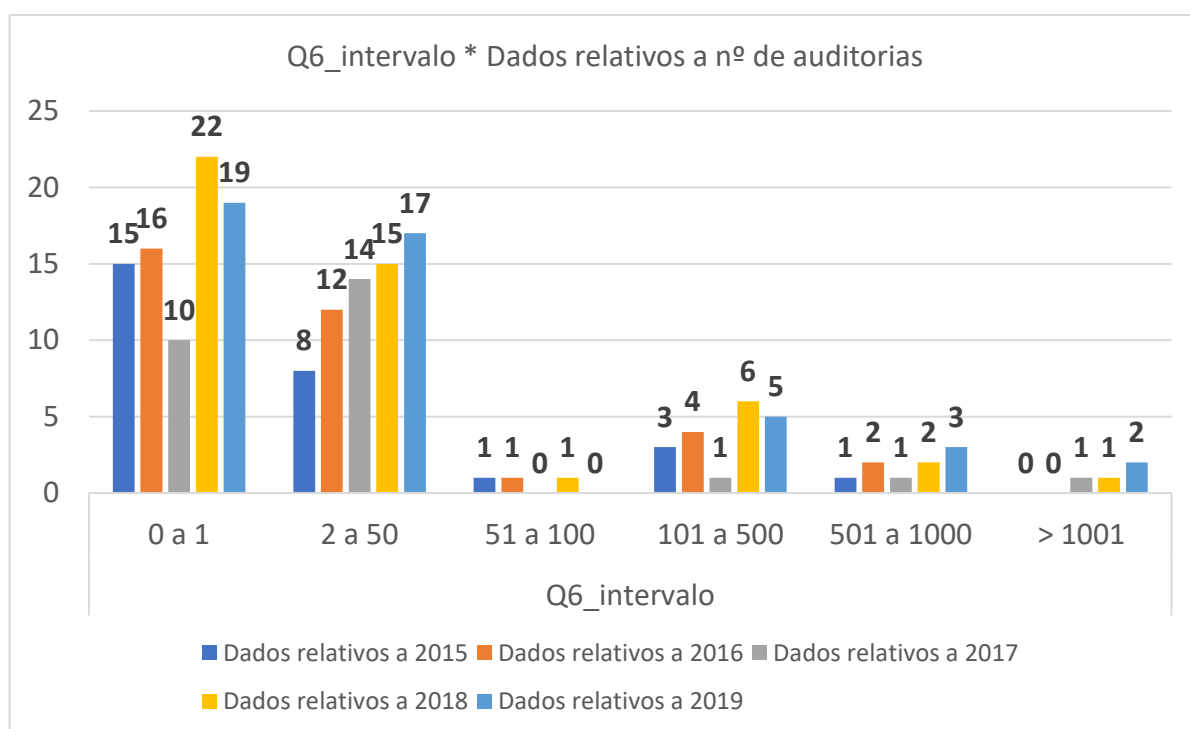
Tabela 3. Caracterização da Questão 6 “Quantas auditorias internas foram realizadas?”

Dados relativos a	Média	N	Mínimo	Máximo	Mediana
2015	45,87	39	0	538	1,00
2016	82,80	46	0	710	3,00
2017	108,02	47	0	1138	2,00
2018	94,27	48	0	1054	2,00
2019	123,02	46	0	1332	2,50

Os dados mostram uma enorme variabilidade de respostas variando entre 1332 e o zero, sendo que este se constitui na maioria das respostas pois é a moda. O número de auditorias é crescente nas instituições em estudo, embora com redução em 2018 do valor médio. O número máximo de auditorias reportado por uma instituição é de 1332 em 2019.

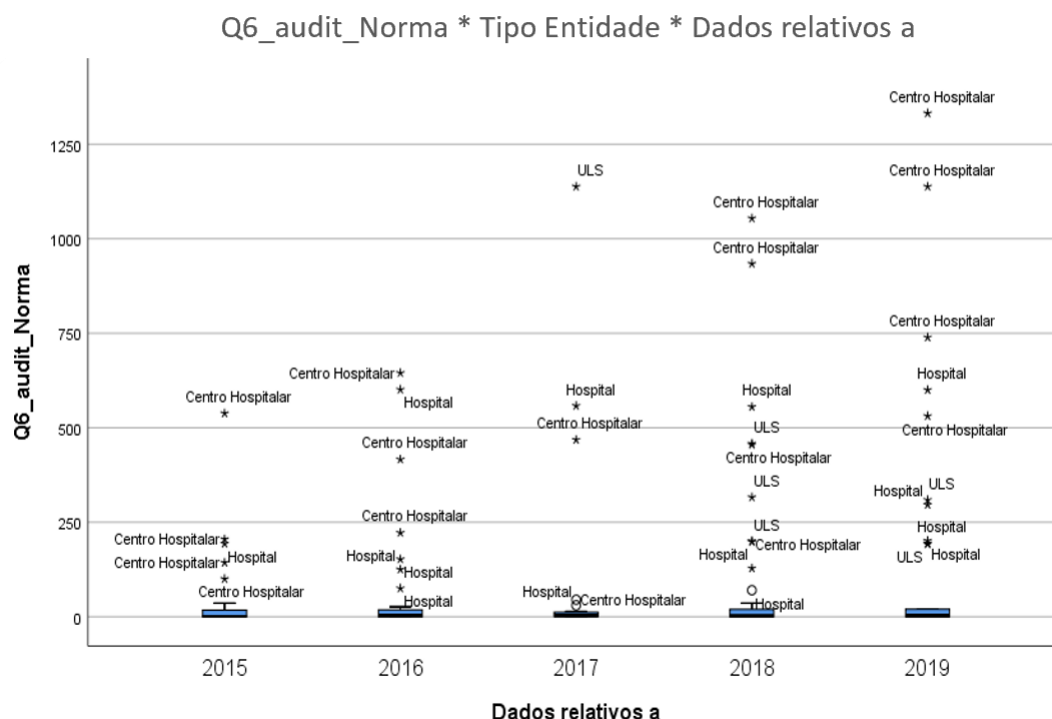
No entanto, no gráfico seguinte, demonstra-se que quando categorizados os dados relativos ao número de auditorias realizadas, evidencia-se uma prevalência das categorias inferiores: o intervalo de 0 a 1 auditorias com cerca de 44,4%, seguindo-se a categoria 2 a 50 (com cerca de 36,7%).

Gráfico 7. Q6: “Quantas auditorias internas foram realizadas?”



Identificando os dados referentes à questão 6 por tipologia de entidade respondente, no gráfico 8, é notória a participação da tipologia ULS apenas a partir de 2017, inclusive, sendo os dados referentes aos Centros Hospitalares e Hospital comuns nos 5 anos em estudo.

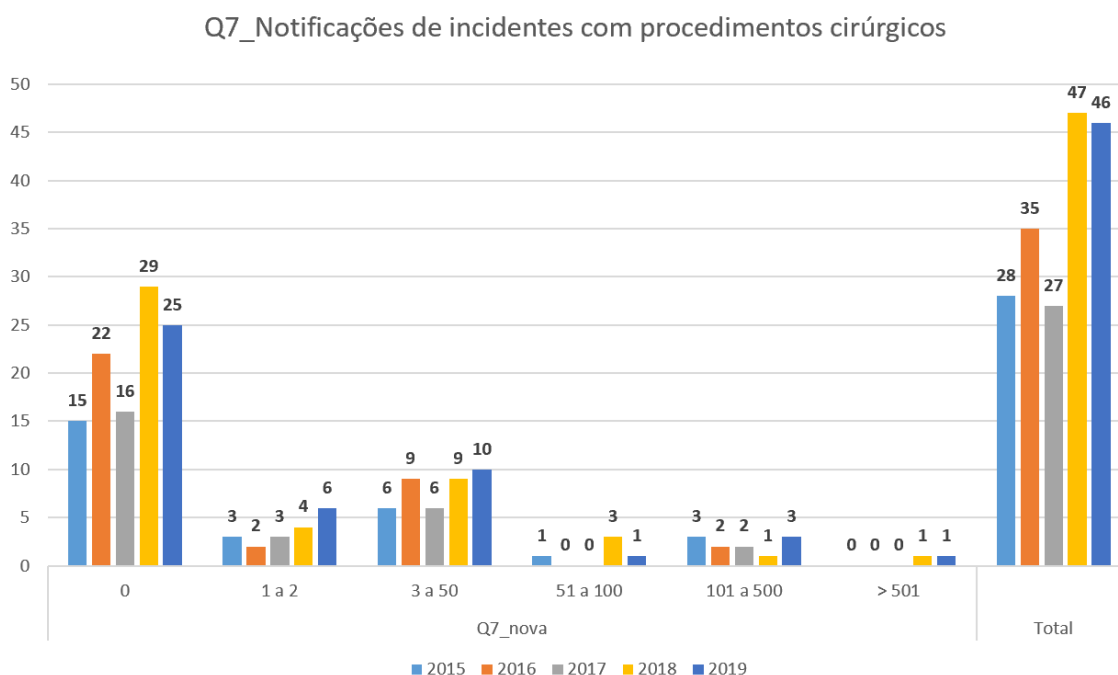
Gráfico 8. Q6: Auditorias por tipo de entidade (audit_norma Recode para Q6_intervalo)



A questão 7, a última relativa ao OE3, versava sobre “Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?” e, havendo um reporte muito díspar ao longo dos cinco anos, categorizaram-se as respostas para perceber a evolução dos dados gerais.

Uma vez que se desconhecem os anexos de evidência da Q7 não é possível conhecer o tipo de *incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos* que ocorrem nas instituições embora os valores assinalados sejam nas categorias com intervalos de menor frequência. Assim, esta questão tem como tradução gráfica a seguinte:

Gráfico 9. Q7: Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?



2.4 Discussão dos resultados

Após a análise dos dados referentes às respostas das entidades respondentes, surge a necessidade de os comparar com as metas relativas ao OE3 nas instituições em estudo, avaliando o nível de implementação do OE3, Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020 com as metas propostas para o final de 2020.

A primeira meta “Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)” fica sem resposta, uma vez que não apresentam dados suficientes para a avaliar. É, no entanto, notória uma tendência crescente na participação das instituições ao longo dos anos, com o aumento do número das auditorias internas como se verificou nos resultados referentes à Questão 6, porém, faltam dados para poder confirmar se a ação foi bem sucedida na comparabilidade com a meta proposta inicialmente.

A meta 2 não foi atingida, uma vez que esta pretendia “Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da LVSC em 5% face ao ano anterior” e, verificando os dados existentes, houve um aumento gradual da taxa de não conformidade, tendo duplicado o seu valor médio, de 2015 para 2019.

A 3ª meta para o final de 2020 pretendia “Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis” foi atingida uma vez que houve entidades respondentes com reportes de 0%, na maioria das instituições. As categorias mais frequentes de incidentes cirúrgicos inadmissíveis reportados são a *retenção de objetos estranhos no local cirúrgico*, seguindo-se do *local cirúrgico errado*, a *morte intraoperatória* e, por último, o *procedimento errado*. Evidencia-se que não foram reportados incidentes de tipologia *doente errado*.

Como limitações importantes ao estudo, convém referir a falta de acessibilidade à totalidade dos dados, uma vez que há dados e informações às quais não tivemos acesso, quer seja pelo anonimato da base ou por depender de informação restrita aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), e que dificultam a análise global do PNSD e deste Objetivo Estratégico.

Ao não ter acesso aos “anexos de evidência” das instituições em estudo, levantam-se algumas questões pertinentes sobre os dados a trabalhar e sobre os resultados encontrados, não permitindo o relacionamento de todos os dados.

A anonimização da base de dados não permite a avaliação transversal das instituições, apesar de ser uma prática das Comissões de Qualidade (CQ), restringindo assim a análise da evolução temporal, dificultando o alcance dos resultados e, limita as conclusões e sugestões apresentadas a uma análise mais geral e abrangente. Um processo de avaliação pretende ser mensurável e quantificável, caracterizando o contexto inicial e, inclusive, os resultados esperados e realizados, o que neste contexto com as condicionantes identificadas se torna difícil de caracterizar e avaliar.

Evidencia-se, também, que as respostas sobre distribuição por ARS dependem do número de instituições existentes e da sua tipologia nessas mesmas regiões.

De uma forma global, através das respostas das entidades, é notória uma tendência crescente na participação de instituições ao longo dos anos, no entanto, o conhecimento é limitado sobre a continuidade da participação das entidades ao longo dos cinco anos, tendo em conta que o número de instituições respondentes difere ao longo dos cinco anos.

Sousa, Paiva, Lobão, Van-Innis, Pereira & Fonseca (2021) referem estes aspetos do anonimato e acesso limitado às fontes de indicadores como uma barreira real e uma limitação da avaliação do próprio PNSD ao longo do tempo, uma vez que implica diretamente na monitorização das instituições/departamentos/unidades de saúde:

“This is considered a limitation for understanding the actual reality in health institutions and is mentioned as a barrier to the continuous improvement of

patient safety actions. Also, there is a communication lack of audit results, which can be a limitation for future improvement measures.” (p. 180)¹.

Particularizando no OE3, evidencia-se ainda a falta de resultados relativos ao número total de cirurgias efetuadas nas instituições, bem como a ausência de dados mais objetivos sobre a utilização da LVSC, para poder responder totalmente à meta 1. Há, também, uma falta de denominadores das taxas para poder, por exemplo, avaliar e comparar o sistema de auditorias já implementado nas instituições, ou a existência de outros sistemas de notificações internos.

O anexo de evidência da Questão 7 também seria de relevância para conseguir compreender que tipo de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorrem nas instituições e, assim, poder-se recomendar medidas apropriadas e mais eficazes para a manutenção da segurança dos doentes.

A par da análise da implementação da Segurança Cirúrgica e da comparabilidade das metas relativas ao OE3 nas entidades respondentes, como contribuições para o PNSD seguinte surge também a necessidade de enunciar algumas sugestões de modo a melhor sustentar a avaliação futura deste OE3:

- Definir novas metas que permitam uma avaliação mais completa do Objetivo Estratégico 3;
- Construir instrumentos de recolha de dados que permitam uma melhor comparação de resultados entre as instituições e a sua avaliação temporal;
- Definir os instrumentos de auditoria a serem aplicados pelas entidades de forma a que os resultados possam ser efetivamente comparados;
- Ajustar as questões consoante a tipologia de instituição, pois alguns resultados gerais podem ficar enviesados quando não se discriminam as entidades;
- Identificar as entidades respondentes, salvaguardando o anonimato.

Sousa *et al* (2021) avaliando a implementação do PNSD 2015-2020 enfatiza o aumento global nas iniciativas sobre a segurança do doente e implementação de ações específicas de segurança nas organizações de saúde, através do aumento dos reportes e relatórios de segurança institucionais. Ao nível das recomendações acrescentam, ainda, a necessidade de alinhamento entre os indicadores institucionais e as estratégias de nível nacional, bem como a adesão às práticas de segurança do doente em ambientes não hospitalares e a implementação de boas práticas de comunicação.

¹ “Isso é considerado uma limitação para a compreensão da realidade real nas instituições de saúde e é citado como uma barreira para a melhoria contínua das ações de segurança do paciente. Além disso, há uma falta de comunicação dos resultados da auditoria, o que pode ser uma limitação para futuras medidas de melhoria.”

O tema da gestão clínica está muito relacionado na literatura com processos de comunicação multidisciplinar e com os comportamentos do gestor, que são relevantes para a gestão do dia-a-dia dos cuidados seguros ao doente, no ambiente cirúrgico, como o apoio e suporte às equipas de enfermagem (Tarling, Jones, Murrells & McCutcheon, 2017) mais do que o mero foco nos processos e objetivos de gestão. Com o desenvolvimento e implementação sistemática de listas de verificação, os autores realçam a importância do fator humano, abordagens de alta confiabilidade, comportamento social e comunicação como tendo um impacto significativo na segurança do doente.

A evidência corrobora a facilidade de implementação e aumento da segurança cirúrgica, sem reporte de danos diretos para o doente, pela utilização sistemática de listas de verificação cirúrgica (Treadweel, Lucas & Tsou, 2014; Matheus, *et al*, 2023) com ganhos em saúde como a redução de complicações e/ou infeções do local cirúrgico, o aumento da deteção precoce de riscos potenciais para o doente e uma comunicação mais eficaz entre a equipa cirúrgica.

As mudanças organizacionais mais frutuosas na manutenção da segurança do doente incluem-se no trabalho em equipa dentro e entre unidades, aprendizagem organizacional, apoio e suporte da gestão, perceção geral de segurança da equipa de cuidados, *feedback* do líder e comunicação sobre erros (Titi, Baksh, Zubairi, Abdalla, Alsaif, (...) & El-Jardali, 2021).

A cultura do ambiente cirúrgico face ao erro é uma das barreiras mais reportadas pela equipa, com sentimentos ambivalentes em relação ao uso de relatórios de incidentes (Titi, *et al*, 2021). Tarling, Jones, Murrells & McCutcheon (2017) identificam que a postura do gestor face aos eventos adversos existentes constitui-se, também, como uma barreira ou um potenciador de desenvolvimento da segurança do doente, quando o erro é utilizado como uma “arma” contra o profissional ou como oportunidade positiva para aprender com o erro, apostando em formação à equipa e implementação de novos processos de segurança do doente. O gestor que apresenta uma resposta não punitiva ao erro, pessoal e comunicação com abertura permanece consistentemente como facilitador de processos de aumento da qualidade e segurança dos cuidados, constituindo-se como um importante líder para a equipa de enfermagem (Titi, *et al*, 2021). Analisar os erros, para avaliar, detetar e corrigir precocemente eventos adversos, é um dos focos de atenção do enfermeiro gestor, para encontrar soluções de implementação de programas de gestão de risco clínico, realizar auditorias e garantir a segurança do ambiente de cuidados (Pierdevara, Ventura, Eiras & Gracias, 2017).

A cultura de segurança do doente é um pilar dos serviços de saúde, que estrutura e contribui para o desenvolvimento de práticas de cuidados mais seguras (Matheus, *et al*, 2023), com o estabelecimento de processos de gestão que pretendem reduzir a incidência de eventos adversos e melhorar a assistência da equipa de cuidados.

A implementação de sistemas de governança clínica e segurança do doente permite avaliar as taxas de eventos adversos de segurança do paciente (Lucas, Leggat & Taylor, 2022) e identifica que os serviços com maior *compliance* reportam menores taxas de eventos adversos de segurança.

Mota, Castilho & Martins (2021) identificaram no seu estudo do contexto cirúrgico português, através da análise das percentagens de respostas positivas, que a maioria das dimensões de segurança do doente tem um baixo nível de implementação (<50%), destacando-se as dimensões relacionadas com as auditorias.

Paralelamente, as dimensões relacionadas com o âmbito das boas práticas na identificação inequívoca dos doentes, da prevenção e controlo de infeção e da resistência aos antimicrobianos apresentam um nível de implementação elevado ($\geq 75\%$). Os autores sugerem que estes indicadores são beneficiados pela aplicação sistemática da LVSC, que veio reforçar e facilitar a implementação de boas práticas. A LVSC preconiza o rigor no horário de administração da profilaxia antibiótica, bem como a verificação da conformidade dos indicadores dos processos de esterilização e da identificação do doente também, facilitando também a comunicação inter-equipa.

Os enfermeiros avaliam negativamente as auditorias, o que indica que ainda não estão a ser implementadas sistematicamente para avaliar a conformidade dos planos de segurança cirúrgica. Há uma percepção global negativa, sobretudo por “os resultados não serem discutidos em equipa, limitando a oportunidade de aprendizagem e envolvimento dos profissionais na discussão dos aspetos críticos a melhorar” (Mota, Castilho & Martins, 2021, p.8). O enfermeiro gestor ao implementar a metodologia de auditoria, necessita de colmatar as necessidades formativas da equipa em primeiro lugar, havendo disponibilidade de recursos, e tendo por base uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Dubois et al. (2012) enfatiza a participação dos profissionais na tomada de decisão da gestão, com o apoio dos líderes para o desenvolvimento de competências de gestão clínica, que influenciam positivamente o ambiente de trabalho, a qualidade e a segurança dos cuidados.

O papel do gestor é, assim, influenciado pela cultura de segurança do serviço cirúrgico, destacando-se os domínios da liderança e cultura, gestão de riscos e prática clínica, com a associação mais forte com a redução dos eventos adversos à segurança do doente, implementando processos de uniformização dos cuidados e sua avaliação (Gutierrez, *et al*, 2018; Tarling, Jones, Murrells & McCutcheon, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do OE3 - Aumentar a Segurança Cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015 – 2020 com a consequente realização da dissertação alavancou o desenvolvimento de competências a nível da Gestão, com sedimentação de conhecimentos relativos à qualidade em saúde, segurança do doente, segurança cirúrgica e da própria gestão em enfermagem.

Apesar de um notória tendência crescente na participação de instituições ao longo dos anos, salienta-se, a nível de limitações a este estudo, a dificuldade do alcance dos resultados: a anonimização da base de dados que não permite a avaliação transversal das instituições, dando apenas um olhar mais geral e global; o desconhecimento sobre a continuidade de instituições no processo, decorrente de uma participação temporal que vai diferindo numericamente, e a parca existência de dados que facilitem a comparabilidade das ações versus as metas propostas inicialmente.

Particularizando no OE3, evidencia-se ainda a falta de resultados relativos ao número total de cirurgias efetuadas nas instituições, bem como a ausência de dados mais objetivos sobre a utilização da LVSC, para poder responder totalmente à primeira meta. A não existência de denominadores das taxas implica diretamente na avaliação e comparação do sistema de auditorias já implementado nas instituições, ou a existência de outros sistemas de notificações internos.

Como contribuições para o PNSD seguinte surge também a necessidade de enunciar algumas sugestões fundamentando a avaliação futura deste OE3 nas entidades respondentes:

- Definir novas metas que permitam uma avaliação mais completa do Objetivo Estratégico 3;
- Construir instrumentos de recolha de dados que permitam uma melhor comparação de resultados entre as instituições e a sua avaliação temporal;
- Definir os instrumentos de auditoria a serem aplicados pelas entidades de forma a que os resultados possam ser efetivamente comparados;
- Ajustar as questões consoante a tipologia de instituição, de modo a evitar enviesamento dos resultados gerais quando não se discriminam as entidades;
- Identificar as entidades respondentes, salvaguardando o anonimato, categorizando-as;
- Conhecer os anexos de evidência das questões, para conseguir compreender que tipo de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorrem nas instituições

e, assim, poder-se recomendar medidas apropriadas e mais eficazes para a manutenção da segurança dos doentes.

O novo PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 setembro, 2021; DGS, 2022) generaliza a temática da segurança cirúrgica no “Pilar 5 - Práticas seguras em ambientes seguros” nos seus Objetivos Estratégicos “5.1 Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e “5.2 Monitorizar a implementação de práticas seguras”. Assim, são definidas metas globais para a promoção e implementação de práticas seguras em diversos ambientes cirúrgicos e a realização de auditorias para monitorização de riscos e incidentes. Há, ainda, o enfoque na formação profissional, nas dotações e organizações seguras, bem como nos processos e no contexto do ambiente da prática de cuidados como importantes elementos a ter em conta para o garante da qualidade de cuidados e segurança dos doentes. Estas são as áreas de atuação de excelência e competência do enfermeiro gestor (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015) tanto do domínio da gestão (de recursos materiais, estruturais e humanos; com foco nas necessidades da equipa e da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem) bem como do domínio da assessoria da gestão com a implementação de políticas de saúde.

A melhoria da qualidade de cuidados e a segurança cirúrgica continuam a ser foco de atenção mundial. O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (WHO, 2021) enfatiza a importância da segurança cirúrgica, identificando como uma das ações prioritárias a implementação, monitorização e avaliação de ferramentas e recursos de segurança do doente, como a “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e a Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS”.

Ao refletir sobre o desenvolvimento profissional enquanto enfermeira gestora a ideia central que detenho é a de um constante investimento pessoal e profissional com foco na excelência e na qualidade. As preocupações éticas, reflexões sobre a qualidade e segurança dos cuidados, fundamentadas na evidência, serão os pilares e recursos facilitadores, que requerem a integração de mais recursos e aprendizagens, num constante *work in progress* de investimento e desenvolvimento pessoal, com vista à excelência profissional.

Realço, assim, a importância do enfermeiro gestor implicar-se enquanto agente de mudança: da capacidade de questionamento perante questões institucionais, da atualização constante dos seus conhecimentos, a par da reflexão pessoal, acerca das práticas e da qualidade dos cuidados, atitudes e relações.

A realização deste estudo foi um desafio interessante e ambicioso sobretudo pelo trabalho empírico desenvolvido, pelos contributos que trouxe para o próximo Plano Nacional de Segurança do Doente (DGS, 2022) e, também, pela disseminação do conhecimento adquirido, através da divulgação científica elaborada com a partilha dos dados resultantes do estudo. No entanto, o potencial de crescimento individual associado, por todo este desbravar

de um novo caminho profissional, com investimento pessoal na formação e na sedimentação de competências acrescidas, alavancando a minha prática em evidência científica, fomenta a análise crítica e reflexiva das situações, permitindo consolidar conhecimentos no contexto específico da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde*. Loures: Lusodidacta.
- Azevedo, D. K. L., Silva, C. M. P., & Maia, A. L. (2021). O papel da gestão de enfermagem na implementação da meta de cirurgia segura: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10 (14). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22711>
- Matos, F. M., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). Cirurgia Segura. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 235-246). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput, I., & Vandijck, D. (2015). Barriers and, facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Quality & Safety Online First*, Dec;24(12):776-86. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004021.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Borchhardt, S. V. B., Rodrigues, S., Silva, S. M. S, Calvette, A. M., Rangel, R. F., & Siqueira, H. C. H. (2022). Gestão do cuidado para segurança do paciente no centro cirúrgico: contribuições do enfermeiro. *Research, Society and Development*, 11 (6), e25711629075. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29075>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio (2019). *Diário da República Série I*, n.º 101 (27 de maio de 2019). 2626 – 2642.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2015-2020. *Diário da República 2ª série*, Nº 28 (10 de Fevereiro de 2015). 3882-(2)-3882-(10).
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio (2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, 2015-2020. *Diário da República 2ª série*, Nº 102 (27 de maio de 2015). 13550-13553.
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 setembro (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026. *Diário da República 2ª série*, Nº 187 (24 de setembro de 2021). 96-103.
- Direção Geral da Saúde (2010). “*Cirurgia Segura Salva Vidas*”. Circular Normativa nº 16/DQS/DQCO (22 de maio de 2010).

- Direção Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes - Documento técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. (22 de maio de 2022).
- Direção Geral da Saúde (2020). "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais". Circular Normativa nº 005/2018 atualizada a 10/01/2020 (10 de janeiro de 2020).
- Drake, K., McBride, M., Bergin, J., Vandeweerd, H., & Higgins, A. (2017). Ensuring safe discharge with a standardized checklist and discharge pause. *Nursing*, 47(8), 65-68. Doi:10.1097/01.NURSE.0000521042.81195.86
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12, 1-15.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Balis, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110-117.
- Geraghty, A., Ferguson, L., McIlhenny, C., & Bowie, P. (2020). Incidence of Wrong-Site Surgery List Errors for a 2-Year Period in a Single National Health Service Board. *Journal of Patient Safety*, Mar;16(1):79-83. doi:10.1097/PTS.0000000000000426.
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2020). *Burns and Groves The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 9th Edition. Missouri: Elsevier.
- Gutierrez, L. S., Santos, J. L. G., Peiter, C.C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 6):2775-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Habahbeh, A. A., & Alkhalailah, M. A. (2020). Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses. *British Journal of Nursing*, Feb 27;29(4):222-228. doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.222.
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Jun;32(2):951-960. doi: 10.1111/scs.12532.
- Jangland, E., Nyberg, B., & Yngman-Uhlin, P. (2017). 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Jun;31(2):323-331. doi: 10.1111/scs.12350.

- Jung, J. J., Jüni, P., Lebovic, G., & Grantcharov, T. (2020). First-year Analysis of the Operating Room Black Box Study. *Annals of Surgery*, Jan;271(1). 122-127. doi: 10.1097/SLA.0000000000002863. PMID: 29916872.
- Lucas, J., Leggat, S.G., & Taylor, N.F. (2022). Association between use of clinical governance systems at the frontline and patient safety: a pre-post study. *International Journal of Health Governance*, Vol. 27 No. 3, pp. 282-295. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2022-0023>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Severino, S., Rasquilho-Vidal, T., & Deodato, S. (2021). Ética na Investigação em Enfermagem. Em Marques-Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C.L. – *Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença aguda* (1ªed.). Sintra: Sabooks editora.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª Ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Matheus, F.A.V., Almeida, S.S., Oliveira, J.R.N, Neto, C.V.S., Fonseca, E.E., Carvalho, A.P., Lima, J.C. & Oliveira, C.S.P. (2023). Estratégias para melhorar a segurança do paciente cirúrgico. *Revista Nursing*, 26 (298): 9533-9539.
- Mota, A. S. C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V (6). DOI: 10.12707/RV201349
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. (3rd ed.). London: Longman, Green, Longman, Roberts and Green.
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.) (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2010). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31 (3), 268-267. doi://10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Pierdevara, L., Ventura, I. M., Eiras, M., & Gracias, A. M. B. (2017). Trigger Tool na Segurança do Doente: Uma Revisão Sistemática de Literatura. *Portuguese Journal of Public Health*, 35:69–76. DOI: 10.1159/000479606
- Pinheiro, J. P. A., & Uva, A. S. (2015). Safety climate in the operating room: translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 107-116.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (Eds.) (2020). *Essentials of nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F., (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 3-10). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República Série II*, n.º 21 (30 de Janeiro de 2018). 3478 – 3487.
- Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março (2015). Regulamento do Perfil de Competência do Enfermeiro Gestor. *Diário da República Série II*, n.º 48 (10 de março de 2015). 5948 – 5952.
- Silva, R. H., & Gatti, M. A. N. (2020). Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. *Vitalle – Revista de Ciências da Saúde*, 32 (2). 121-130.
- Storesund, A., Haugen, A. S., Flaatten, H., Nortvedt, M. W., Eide, G. E., Boermeester, M. A., ... Softeland, E. (2020). Clinical efficacy of combined surgical patient safety system and the World Health Organization's Checklists in Surgery A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*. DOI: [10.1001/jamasurg.2020.0989](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0989)
- Sousa, P., Paiva, S. G., Lobão, M. J., Van-Innis, A. L., Pereira, C. S., & Fonseca, V. (2021). Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021-2026: a robust methodology based on the mixed method approach. *Portuguese Journal of Public Health*. 39(3). DOI: 10.1159/000521722.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., & Nunes, C., (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30 (2). 132-137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>
- Tarling, M., Jones, A., Murrells, T., & McCutcheon, H. (2017). Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. *BMJ Open*, 7(10), Artigo e016977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016977>
- Titi, M. A., Baksh, M. M., Zubairi, B., Abdalla, R. A. M., Alsaif, F. A., Amer, Y., Jamal, D., & El-Jardali, F. (2021). Staying ahead of the curve: Navigating changes and maintaining gains in patient safety culture - a mixed-methods study. *BMJ Open*;11:e044116. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044116
- Tostes, M., & Galvão, C. M. (2019). Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista gaucha de enfermagem*, 40(spe), e20180180. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180180.

- Treadweel, J. R., Lucas, S. & Tsou, A. Y (2014). Surgical Checklists: A Systematic Review of Impacts and Implementation. *British Medical Journal*, 23 (4), 299-318. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001797.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. (2ª Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO.
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018) Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105, 927-929.
- World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Brazil: WMA General Assembly.
- World Health Organization (2020). Quality health services. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- World Health Organization (2021). Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care - Third Draft. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 . (WHO, Ed.)

**ANEXO I – PRIORIDADE II: REFORÇO DA SEGURANÇA DOS
DOENTES**

PRIORIDADE II: REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES



Prioridade: II. Reforço da segurança dos doentes

Segurança da comunicação	
3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?	HH + ULS + ACES

Segurança cirúrgica	
4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da LVSC da instituição? Anexe evidência	HH + ULS
5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição: a) do local cirúrgico errado b) do procedimento errado c) do doente errado d) da retenção de objetos estranhos no local cirúrgico e) por morte intraoperatória em doentes ASA1	HH + ULS
6) Quantas auditorias internas foram realizadas? Anexe evidência.	HH + ULS
7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição? Anexe evidência.	HH + ULS

Segurança na utilização da medicação	
8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada? Sim/Não. Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE
COLABORAÇÃO COM O DQS**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS

REQUERENTE

Nome completo: Diana Colaço Ferreira

Morada completa: [REDACTED]

N.º de identificação civil: [REDACTED] NIF: [REDACTED]

Contacto telefónico: [REDACTED] Email: diana.c.ferreira@campus.esel.pt

INSTITUIÇÃO

Instituição: **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)**

Morada completa: **Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa**

N.º de Pessoa Coletiva / NIF: **508 310 350**

Responsável pelo tratamento dos dados: Diana Colaço Ferreira

Coordenador / Orientador do estudo ou investigação: **Profª Filomena Gaspar**

N.º de identificação civil: [REDACTED] NIF: [REDACTED]

Contacto telefónico: [REDACTED] Email: **mfgaspar@esel.pt**

PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Projeto: **Avaliação do PNSD 2015-2020 no âmbito do protocolo Escola Superior de Enfermagem**

de Lisboa/Direção Geral da Saúde – OE - 3 Aumentar a segurança cirúrgica

Objetivos do estudo/investigação: Avaliar o OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020.

Analisar o nível de implementação do OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, no âmbito do PNSD 2015-2020.

Comparar as metas relativas ao OE3 Aumentar a segurança cirúrgica, nas instituições em estudo.

Âmbito da participação da DGS: **disponibilização dos dados em estudo, anonimizados**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

PEDIDO DE CEDÊNCIA DE DADOS ANONIMIZADOS

Solicito que me seja disponibilizado, para o seguinte contacto: **mfgaspar@esel.pt**

E relativo ao período entre _____ e _____, os seguintes dados (indicadores/ variáveis):

Relativo ao Objetivo Estratégico nº 3 Aumentar a Segurança Cirúrgica

Mais informo que os mesmos se destinam exclusivamente a: **estudo dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020**


Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

Comprometo-me a:

- Utilizar os dados apenas para os fins acima identificados;
- Recorrer apenas à informação necessária e pertinente à finalidade acima identificada;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Não utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição;
- Ser o único responsável pelos dados e indicadores que calcular a partir dos dados disponibilizados;
- Suportar eventuais encargos financeiros com a disponibilização e o eventual tratamento dos dados;
- Mencionar sempre a fonte dos dados (dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde) e identificar a respetiva base de dados;
- Dar conhecimento prévio à Direção-Geral da Saúde dos resultados do estudo / investigação, bem como das publicações geradas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados.

Solicitei e anexo os seguintes documentos (se aplicável)

- Protocolo de Investigação
- Autorização para realização do estudo por parte da entidade de acolhimento do investigador
- Aprovação pela Comissão de Ética
- Aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Data: 27/07/2020 | Assinatura: 

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO DQS

- Aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado e designo o colaborador _____ como ponto de contato para este projeto.
- Não aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado.
- Autorizo a cedência de dados, porque os dados solicitados são anonimizados, está protegida a sua confidencialidade, e a finalidade da cedência dos mesmos prende-se com razões de interesse público, científico e de investigação.
- Não autorizo a cedência de dados.

Data:

Assinatura:

**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SIGILO E
CONFIDENCIALIDADE DE DADOS**

DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DE DADOS



DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Diana Colaço Ferreira, portador do documento de identificação n.º [REDACTED], colaborador (a) no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, relativamente aos dados pessoais sensíveis a que tem acesso, em virtude do desempenho da sua atividade profissional, compromete-se a:

- Não revelar os dados pessoais e clínicos a terceiros;
- Utilizar os dados pessoais e clínicos apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Recorrer apenas aos dados pessoais e clínicos necessários e pertinentes para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Não copiar, nem replicar informação com dados pessoais e clínicos;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, dados de saúde e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados;
- Abster-se e informar a Direção-Geral da Saúde sempre que haja conflito de interesses;

Manter o dever de sigilo e de confidencialidade mesmo após o termo de funções, cessando tal dever apenas nos termos legalmente previstos.

Lisboa, 02 / 10 /2020

(Assinatura conforme consta no documento de identificação)

